

# ANKIETA

Imię, Nazwisko.....płeć:..... data urodz:.....

PESEL

wzrost (cm):..... waga (kg):.....

Adres:.....  
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon: dom: ..... praca:..... kom:.....

**Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych (PBP).  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.**

Data ..... Podpis .....

**Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.**

Data ..... Podpis .....

**Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE) | TAK | NIE |
| - bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach    | TAK | NIE |
| - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana          | TAK | NIE |

**Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat**      TAK    NIE

**Uwaga:** do PBP kwalifikują się osoby, które na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE

**Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):**

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej?    TAK    NIE    NIE WIEM

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek itp, lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

• **Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:**      TAK    NIE  
serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić:

.....

• **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:**      TAK    NIE

Jeśli TAK: typ....., od ilu lat.....  
czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat.....

• **Czy pali Pan(i) papierosy:**      TAK    NIE

Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....

• **Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:**      TAK    NIE

Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie..... od ilu lat nie pali.....

• **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle**

(co najmniej przez 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna)      TAK    NIE    NIE WIEM

- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid,    TAK    NIE    NIE WIEM

Omar, Gasec, Ortanol):

**U kobiet:** Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą?    TAK (ile lat.....)    NIE

**Przebyte operacje brzuszne:** .....

**Uwagi:** .....

Stwierdzam, że u danej osoby **nie podejrzewam raka jelita grubego**  
(pieczętka + podpis lekarza kierującego) .....